Hermosa (A. L.)

ANOMALIAS DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS

Y SU TRATAMIENTO.

ESTUDIO

QUE

PARA EL CONCURSO DE PROFESOR ADJUNTO A LA CLASE DE CLINICA DE OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO DE CALIFICACION

ALBERTO LOPEZ HERMOSA

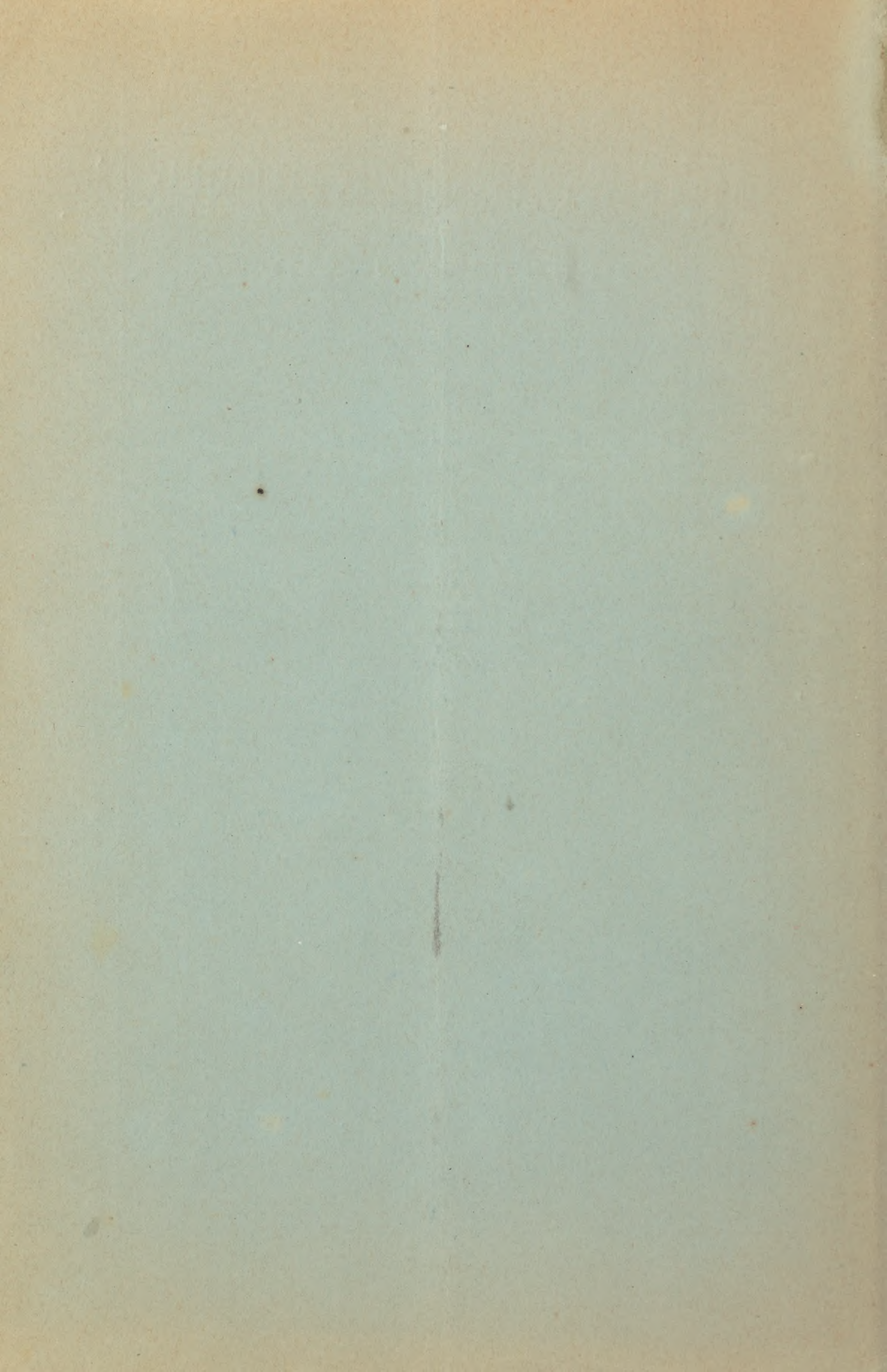
Doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de México, antiguo interno de la Maternidad de México,
Catedrático de Obstetricia de la Escuela de Medicina de San Luis Potosí,
Director del Hospital civil de San Luis Potosí,
y encargado del departamento de Maternidad del mismo plantel.



MÉXICO

IMP. Y LIT. DE F. DIAZ DE LEON SUCESORES, S. A.
Esquina de San Juan de Letrán y Rebeldes.

1895



ANOMALIAS DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS

Y SU TRATAMIENTO.

ESTUDIO

QUE

PARA EL CONCURSO DE PROFESOR ADJUNTO A LA CLASE DE CLINICA DE OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO DE CALIFICACION

ALBERTO LOPEZ HERMOSA

Doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de México, antiguo interno de la Maternidad de México,
Catedrático de Obstetricia de la Escuela de Medicina de San Luis Potosí,
Director del Hospital civil de San Luis Potosí,
y encargado del departamento de Maternidad del mismo plantel.



MÉXICO

IMP. Y LIT. DE F. DIAZ DE LEON SUCESORES, S. A.
Esquina de San Juan de Letrán y Rebeldes.

1895

Recuerdo de estimacion, á mi muy inteligente adversario y fino amigo el Dr. Antonio Carbajal,

De Vd. afmo. S. S.

A. Lopez Meruna

A MIS DISTINGUIDOS MAESTROS

LOS SEÑORES DOCTORES

MANUEL CARMONA Y VALLE

EDUARDO LICEAGA

Y

FRANCISCO DE P. CHACON

HOMENAJE DE ESTIMACION

A MIS HIJOS

ALBERTO Y LUIS LOPEZ HERMOSA

Cuando podáis tomar parte en las luchas de la vida
y vuestra santa madre
os entregue este humilde trabajo, pensad en el padre que tanto os ama
y que no omite sacrificio
por conquistaros un lugar honroso en la sociedad.

RESPETABLE JURADO:

ADEMAS de superior á mis fuerzas, sería impropia la presentación de teorías nuevas en un certamen que ha de versar sobre asuntos enteramente prácticos en la ciencia tocológica. Por esto he escogido un punto de esa ciencia cuya importancia conocéis, esperando, si no obtengo vuestra aprobación, que mi deficiente trabajo sirva al menos de pequeño contingente para establecer una práctica uniforme en la Escuela Mexicana, que puede, con justicia, enorgullecerse con los grandes adelantos que ha iniciado, y que por su valía han alcanzado la debida resonancia en el mundo científico. En efecto, si la obstetricia ha hecho rápidos progresos, debido á los incesantes trabajos de los parteros franceses, alemanes, italianos, ingleses y americanos, hasta el grado de encontrarse en camino de transformarse, de una práctica obscura y vacilante, en una ciencia exacta, no es menos cierto que, para orgullo nuestro, á tales progresos han contribuído poderosamente mis inolvidables maestros Dr. D. Juan María Rodríguez y Dr. D. Aniceto Ortega, haciéndose acreedores á la gratitud de la ciencia; el primero, más que por sus numerosos é importantes trabajos sobre Teratología, clasificación de presentaciones y posiciones del feto, aborto, y sobre diversas otras materias de las que forman la obstetricia, con la prescripción del cuernecillo de

centeno y sus similares, antes de la desocupación completa de la cavidad uterina; y el segundo creando el más seguro y sencillo procedimiento de embriotomía, con el cual se consigue desembarazar á un útero retraído, tetanizado, amoldado sobre un producto de concepción muerto y acaso transformado ya en peligroso foco séptico.

Entre las conquistas alcanzadas por la ciencia moderna, merece lugar preferente la antisepsia obstetrical. Debido á ella, el pronóstico de los partos naturales, así como el de las operaciones obstetricales bien indicadas, y oportuna y hábilmente practicadas, es generalmente favorable. La septicemia puerperal ha desaparecido de la práctica de todo tocólogo familiarizado con la antisepsia y que no tan sólo conoce las substancias microbicidas, sino las dosis á que se deben administrar, sin peligro alguno para la salud de la madre y la elección que cada caso reclame.

El tratamiento de la albuminuria gravídica, por sólo el regimen lácteo ó combinado éste con el cloruro de sodio y las inhalaciones de oxígeno, ha hecho muy excepcional la eclampsia puerperal.

Tarnier, viendo las dificultades de triturar la base del cráneo del feto, cuando se trata de reducirla para extraerla á través de una pelvis estrecha con los cefalotribos ó cráneo-clastas conocidos, ideó la basiotripsia y el instrumento apropiado para practicarla. Enriquece el arsenal obstetrical con su incomparable forceps, que realiza el ideal de extraer un feto por medio de tracciones ejecutadas en la dirección del eje del canal pelvi-genital, dejando á la cabeza toda su movilidad durante la operación, y presentando en los mangos de prehensión una aguja indicadora que á cada paso le señale la dirección que debe imprimir á las tracciones.

La isquio-pubiotomía ú operación de Farabef, conquista lugar envidiable entre las operaciones obstetricales, al lado

de la sinfisiotomía, que permite el agrandamiento momentáneo á una pelvis estrecha, cuyo menor diámetro no sea inferior á 68 milímetros, y que con las indicaciones tan claramente formuladas por Pinard, Farabef, Varrier y Morisani, está diariamente prestando servicios á la humanidad.

Estos y otros adelantos ya realizados son prueba evidente del interés con que actualmente se ve la obstetricia, brazo único de las ciencias médicas que nos conduce á la salvación de dos existencias confiadas á la pericia del tocólogo, de quien exclusivamente depende la tranquilidad del hogar.

Podría haber elegido para tesis un estudio de cirugía obstetrical, ramo de la ciencia que da nombre y prestigio; mas si bien este asunto es de palpitante interés, no son ciertamente las operaciones sangrantes las que forman la práctica constante, mientras el estudio que tengo el alto honor de sujetar á vuestra competencia y recto juicio, lo juzgo más conforme con el espíritu de la convocatoria que se ha servido expedir la Escuela N. de Medicina, porque se refiere á la clínica de la mayoría de los casos.

Toca á vosotros emitir vuestro fallo, que acataré con respeto como emanado de un criterio tan honrado como científico.



NTRE las numerosas causas de distocia, no hay otra alguna que se presente con más frecuencia, ni que exija un conocimiento más profundo de la fisiología y de la patología del parto, como las que dependen de la falta de dolores expulsivos ó de la irregularidad de su acción. La expulsión del producto se verifica por el efecto de la contractilidad de la matriz, ayudada por la de algunos de los músculos que forman las paredes del abdomen. Si esta potencia falta, si es insuficiente ó irregular, el trabajo del parto languidece y la prolongación traerá, á no dudarlo, consecuencias más ó menos graves para el niño, para la madre ó para ambos á la vez, si el arte no interviene para dar á las contracciones la energía, regularidad, dirección, frecuencia, etc., que son indispensables para que espontáneamente produzcan el desembarazo de la matriz. Los dolores normales de parto, se reproducen con gran regularidad, aumentan de energía y de duración á medida que el trabajo avanza, y presentan caracteres particulares por los cuales se reconoce su eficacia. Mas para juzgar con acierto de su defectuosidad, creo necesario describir los caracteres con los cuales se presentan normalmente para producir su efecto, y una vez bien conocidos, poder, con perfecto conocimiento, establecer la exacta comparación que nos conduzca á la interpretación verdadera de los hechos clínicos que á nuestra observación se presenten.

La actividad uterina existe en todo el embarazo, y se manifiesta por numerosas modificaciones hipertróficas, que se generalizan á todos los tejidos que forman la estructura del órgano gestador, á la vez que por las contracciones intermitentes que se producen cada cinco ó diez minutos, á veces más á menudo, y otras con más largos intervalos. Para apreciar estas contracciones indoloras, basta aplicar la mano sobre la matriz grávida á través de la pared anterior del abdomen, tan pronto como ella ha adquirido un volúmen suficiente para ser accesible por esta región. La palpación revela entonces, que el útero se endurece y vuelve á tomar su consistencia renitente habitual; que alternativas de contracción y de reposo se verifican constantemente durante todo el embarazo, y que estas contracciones se despiertan con facilidad, cuando la mano que palpa tiene una temperatura más baja que la de la piel del abdomen. Ellas son fáciles de apreciar, pues que existen en la generalidad de las mujeres grávidas, constituyen por su constancia, un buen signo para el diagnóstico del embarazo, y entre los parteros ingleses son de gran valor, desde que el Dr. Braxton Hieks llamó la atención sobre ellas. Mas dichas contracciones, si bien revelan la actividad uterina, son indoloras y pasan, por tal motivo, como inadvertidas de las mujeres. No sucede lo mismo con las contracciones que caracterizan el trabajo franco del parto; estas son, salvo excepciones extremadamente raras, acompañadas de una sensación de dolor, dolor que es de tal modo inseparable de la contracción uterina, que en lenguaje común, la palabra dolor es sinónimo de contracción.

Carácter esencial de las contracciones uterinas, es ser intermitentes, es decir, estar separadas unas de otras por intervalos de reposo. Estos intervalos van siendo más cortos á medida que el parto avanza; así es que los dolores, que en el primer período del trabajo aparecen cada diez ó veinte

minutos, llegan á ser casi constantes, ó al menos á solo estar separados unos de otros por espacio de uno ó dos minutos, al ser expulsado el feto. Puede suceder que el útero, después de haberse contraído con regularidad por cierto tiempo, éntre, por decirlo así, en un período de reposo, y que transcurridos algunos minutos, aparezcan contracciones más enérgicas que determinen más rápidamente el parto. Yo he presenciado un caso que confirma esta suspensión. Se trata de una multípara de treinta y dos años, que ha tenido siete partos y que todos han sido muy lentos, debido á la poca energía de las contracciones uterinas. En el octavo, que es al que me refiero, empezó á tener dolores á las ocho de la noche del día ocho de Septiembre del año pasado; la fuente se desgarró á la una de la mañana y hasta las dos y media, es decir, hora y media después, los dolores expulsivos se sucedían con toda regularidad, aunque no muy enérgicos, cada cinco minutos y algunos aun más aproximados; la cabeza había franqueado el orificio de la matriz, la vagina, vulva y perineo, estaban bien reblandecidos y fáciles de distenderse; en una palabra, todo hacía suponer un parto inmediato; mas inesperadamente la enferma fué sorprendida por excesiva fatiga y por un sueño invencible, y desde ese momento las contracciones fueron menos intensas y más retardadas, suspendiéndose por completo cerca de las tres de la mañana. A esa hora la enferma se durmió profundamente y después de tres horas de sueño reparador, fué despertada á las seis por nuevas contracciones; pero esta vez fueron enérgicas y casi continuas, determinando en quince minutos la terminación del parto.

Los intervalos que separan á las contracciones uterinas van siendo más y más cortos á medida que más avanza el trabajo, y á la vez que más frecuentes, tienen más larga duración; pero en el parto normal se ven siempre separadas una de otra por intervalos de reposo. Son, pues, *inter-*

mitentes y este carácter intermitente tiene gran importancia práctica. No sólo se agotaría rápidamente el poder muscular del útero si fuesen continuas, sino que la vida del feto peligraría siempre por la obliteración de los vasos utero-placentarios, pues forzosamente la producirían las contracciones permanentes de las fibras musculares de la matriz, y la interrupción de la circulación utero-placentaria ocasionaría la asfixia del engendro.

De aquí se deduce, que uno de los principales peligros de todo parto prolongado, cuando la fuente se ha roto y el líquido amniótico ha salido, es el *tetanismo uterino*, accidente que no puede persistir gran tiempo, sin graves peligros para la madre y para el hijo.

Las contracciones uterinas son independientes de la voluntad de la mujer. La voluntad no puede darles origen, ni suspenderlas cuando existen, ni aun retardarlas ó acelerarlas. Las emociones morales tienen, á no dudarlo, alguna influencia en ellas, pues mientras aquellas duran, el trabajo se suspende, para continuar inmediatamente que la emoción ha desaparecido.

En apoyo de esto citaré el hecho siguiente que presencié. Se trata de una primípara, de edad de 32 años á quien asistí en San Luis Potosí y que empezó con dolores regulares de parto, el día 4 de Agosto de 1891 á las 6 de la tarde. La profesora, Sra. Elena Olaeta, fué luego llamada, y cerciorada de que se trataba de un embarazo de término, en que el feto se presentaba por el vértice en posición occípito ilíaca izquierda anterior; de que el canal que éste tenía que recorrer no presentaba algún obstáculo; y finalmente, de que ya estaba la paciente en trabajo, se instaló á su lado haciendo la antisepsia clásica de dicho canal, vaciando el recto y la vejiga, y vigilando la marcha del parto. A las 5 de la mañana se rompió la fuente, y á las 6 que fuí solicitado y que examiné á la Sra. V. M. de Z., las contraccio-

nes se sucedían con regularidad cada diez minutos primero, y cada cinco, media hora después de mi llegada. La dilatación del orificio uterino era completa y todo hacía prever una próxima terminación; más todo cambió de aspecto á la llegada de una hermana del Sr. Z., esposo de la parturiente, cesando los dolores como por encanto. Como esta suspensión se prolongaba demasiado, me decidí á sacar, con algún pretexto, á tan inoportuna visita y las contracciones reaparecieron, siendo el niño prontamente expulsado.

Al momento de la contracción el útero se endurece en razón directa de la intensidad de aquella, y vuelve á su consistencia habitual tan pronto como ha cesado. Cambia de forma y de situación; el diámetro antero–posterior se agranda y el transverso disminuye, resultando de aquí que tome la forma cilíndrica. Según Schroeder, el diámetro longitudinal aumenta también un poco, y este alargamiento, que especialmente se produce en el caso de presentación longitudinal, es debido, según él y Ahfeld, á la extensión del feto, consecuencia del acortamiento del diámetro transverso de la cavidad de la matriz. Además de esta modificación de forma, el útero cambia en esos momentos de dirección, se le ve enderezarse y aplicar su fondo á la pared anterior del abdomen á la cual hace más saliente. Estas modificaciones que la vista revela, son percibidas con toda precisión por la mano, aplicada sobre la referida pared abdominal durante la contracción. Si practicamos el tacto vaginal en esos mismos momentos, es decir, al contraerse el útero, observaremos que los bordes del orificio se ponen tensos y rígidos, y que las membranas empujadas por el líquido amniótico, salen á través del anillo que aquellos circunscriben, formando una cuña líquida que ayuda á la dilatación del cuello; mas si las membranas se han ya desgarrado y la cabeza se aboca, ésta se siente venir á aplicarse exactamente sobre la cara interna del segmento inferior de la matriz, alejándose de ella

cuando la contracción ha cesado, y notándose á la vez salir el líquido amniótico.

Yo tengo la íntima convicción de que las contracciones normales empiezan en el fondo de la matriz y se propagan de allí hasta el cuello; pero sea que partan de arriba á abajo, como lo quieren Schroeder y Spiegelberger, ó bien de abajo á arriba, es decir, del cuello al fondo del útero, como lo suponen Kehrrer y Cazeaux, lo cierto es que invaden rápidamente á todo este órgano; son generales.

Queda ya dicho que las contracciones del trabajo del parto son dolorosas, y este hecho es exacto; pero la sensación dolorosa no es igualmente sentida por todas las parturientes, y en tesis general se puede asegurar que la cantidad, digámoslo así, de dolor soportada durante el parto, está en razón directa de la susceptibilidad nerviosa individual. Hay mujeres que paren con poco ó ningún dolor, hechos que corroboran numerosos ejemplos auténticos citados por Playfair, de partos que han principiado durante el sueño y en los que el niño ha nacido sin que la madre despertara. El expresado doctor dice haber conocido á una señora, madre de numerosa familia, quien le aseguró que, si bien sus partos iban acompañados de una sensación de presión y malestar, no experimentaba dolor alguno. Tarnier, entre otros casos, refiere dos muy concluyentes bajo este respecto. Uno es el de una multípara que entró á la maternidad de París, asegurando que iba á ese plantel porque paría siempre sin dolor. lo cual la exponía á no ser auxiliada con la oportunidad debida. A la mañana siguiente parió realmente, sin dar señales de dolor, hecho que presenció el Jefe de la Clínica que en esos momentos pasaba la visita. En el otro, se trata de una mujer de buena salud, que parió sin saberlo, en medio del sueño, del que fué despertada por los gritos del niño que le revelaron su nacimiento.

Mas estos ejemplos de mujeres que tienen el feliz privi-

legio de parir sin dolores, además de muy excepcionales, demuestran que el dolor no es el elemento indispensable del parto fisiológico, pero que la contracción sí es necesaria. Por lo demás, en la gran mayoría de casos, el parto es acompañado de crueles sufrimientos, y á veces de una angustia que con nada puede compararse.

La contracción uterina empieza un poco antes del dolor y termina después que la sensación dolorosa se ha extinguido, y se pueden notar en ella tres períodos bien marcados: uno de ascenso, otro de estado y el último de descenso ó decrecimiento. Aunque la duración total de la contracción uterina es de cincuenta ó setenta segundos, y aun menos, este tiempo no está igualmente repartido entre los tres períodos, pues el de estado es sumamente corto, el de ascenso es un poco más prolongado, y el de decrecimiento tiene más larga duración.

Las contracciones son más dolorosas cuanto más avanzado está el trabajo del parto, pero no son ciertamente las últimas las que más desesperan y violentan á las pacientes, y la generalidad de las mujeres soportan mejor los dolores expulsivos, por muy penosos que sean, que los que corresponden al período de dilatación, aunque sean menos intensos.

En los casos favorables, el dolor principia en el fondo del útero, se propaga á los lados de este órgano, se generaliza á toda su superficie y termina en el cuello; pero suele suceder que los dolores se localicen en la región lumbar y persistan en este sitio, bien hasta que la cabeza atraviese el orificio uterino y sean, á partir de este momento, sustituídos por las contracciones expulsivas normales, ó bien hasta el término del parto, ocasionando en este supuesto vivísimos sufrimientos á las mujeres que tienen la desgracia de parir por los riñones; término que no es el más propio, pero muy empleado y aun aceptado en lenguaje obstetrical.

Como estos dolores renales coinciden á menudo con la desgarradura anticipada de las membranas, con la elevación anormal de la región fetal que se presenta á la entrada de la pequeña pelvis, con la inserción de la placenta en el segmento inferior de la matriz, con la rigidez del cuello uterino, con las desviaciones de la matriz, con los estrechamientos pelvianos, ó con las presentaciones viciosas del feto, deben poner en alarma al tocólogo y hacerlo buscar con empeño la existencia de uno ó de varios de estos accidentes, para tratarlos con la energía y oportunidad que el caso reclame.

Diversas opiniones se han emitido para explicar la causa de estos dolores. Mattey los atribuye á la presión de la pared posterior del útero contra la región correspondiente de la columna vertebral; Bean, á la neuralgia lumbo-abdominal análoga á la que acompaña á las afecciones uterinas; Tarnier y Chamtreuil hacen observar, y con mucha razón á mi entender, que las verdaderas causas de estos dolores son múltiples y varían en los diversos períodos del trabajo. Para el período de dilatación, admiten la explicación de la Sra. Boivin, quien asegura que la causa exclusiva de los dolores es la distensión de los bordes del orificio uterino, y suponen que la distensión de la vagina, del perineo, de la vulva, del ano, la compresión de los nervios pelvianos y la de los órganos encerrados en esta cavidad, explican suficientemente los dolores durante el período de expulsión.

Las modificaciones que ejercen las contracciones uterinas en las circulaciones fetal y materna, merecen ser mencionadas. La auscultación nos hace conocer que las pulsaciones del corazón fetal se hacen más lentas y más débiles en el momento en que la contracción alcanza el máximum de intensidad, y que vuelven poco á poco á aumentar de fuerza á medida que la contracción decrece, para adquirir su tipo normal en el intervalo de los dolores. Pero aunque muy débiles, las pulsaciones del corazón fetal, no llegan á

desaparecer. Del lado materno, se observa aceleración del pulso al empezar la contracción, aceleración que aumenta y decrece con ella hasta volver al estado fisiológico cuando aquella ha cesado. Existe tan íntima relación entre el pulso materno y las contracciones uterinas, que si el pulso se acelera gradualmente, si poco á poco llega el máximum de celeridad, si en él se sostiene por determinado tiempo y disminuye luego por grados, la contracción seguirá idéntica marcha: es decir, alcanzará progresivamente el mayor grado de energía, quedará estacionaria y decrecerá con la misma regularidad. Mas si el pulso se acelera por accesos, la contracción será corta, precipitada, y tendrá poco ó ningún efecto sobre la marcha del parto.

De lo expuesto se infiere, que siendo las contracciones uterinas el agente principal de la expulsión del producto de la concepción para realizar su cometido deben poseer las condiciones siguientes:

1ª Ser enérgicas.

2ª Ser intermitentes: es decir, estar separadas por intervalos de tiempo determinado.

3ª Ser bien dirigidas.

4ª Ser totales, generalizándose á todas las fibras musculares de la matriz, y

5ª Ser regulares.

Todo está tan bien calculado en las obras de la naturaleza, que el más insignificante desvío es causa más que suficiente para que una función no se cumpla, ó al menos, se cumpla imperfectamente. Esto pasa con el trabajo del parto, y se ve, por ejemplo, que estando el feto bien colocado y bien orientado, teniendo él y la pelvis dimensiones normales, no encontrándose algún obstáculo en el trayecto que el feto tiene que recorrer para salir fuera del organismo materno, el parto, no obstante condiciones tan favorables, no se verificará espontáneamente si las contracciones de la ma-

triz no poseen las condiciones mencionadas. Las anomalías en la acción de la potencia contráctil inherente al útero, constituyen una causa de distocia que requiere concienzudo estudio, tanto de las diversas causas que la producen, como de los accidentes que originan y que tan seriamente comprometen la vida de la madre, la del hijo ó la de ambos, si con la debida oportunidad no se interviene para salvar estas existencias confiadas á nuestros conocimientos científicos.

Las contracciones uterinas pueden ser exageradas é irregulares, y en este supuesto no llenarán debidamente su cometido, y tendremos que asistir, no ya á una función normal ó á un parto fisiológico, sino á un caso de distocia que será tanto más difícil y aun peligroso, cuanto la anomalía lo aleje más de lo que la experiencia tiene sancionado como regla habitual.

La exageración de las contracciones uterinas no ocasiona en lo general otras consecuencias que la terminación muy rápida del parto; pero puede, por esta precipitación, dar origen á accidentes que acaso sean funestos para la madre ó para el feto. Esta exageración puede ser real ó relativa. En el primer caso afecta á la vez ó aisladamente la intensidad, la duración, la frecuencia ó la sensación dolorosa. La energía relativa consiste, en que siendo las contracciones normales en cuanto á su energía, frecuencia, etc., la diminución notable de las resistencias ordinarias, las hace ser en realidad muy enérgicas.

Noegele y Grenser no admiten la exageración relativa, fundados en hechos que han observado de trabajo lento en mujeres de pelvis bien amplia y con niños poco desarrollados, y dicen en apoyo de su opinión, que la estrechez moderada de la pelvis no excluye el parto precipitado.

En algunos casos que he presenciado de multíparas, en las cuales el perineo estaba relajado por los varios partos

anteriores, ó poco resistente en mujeres cuya constitución había sido minada por largos sufrimientos ó por estar bajo la influencia de la caquexia cancerosa ó tuberculosa, las contracciones enteramente normales, han expulsado al feto con rapidez, siendo la falta de resistencia del perineo, causa de exageración relativa de las contracciones normales. Así es que creo no se debe rechazar en lo absoluto la exageración relativa de las contracciones uterinas. Si comparamos la duración del parto eutócico en las primíparas y en las multíparas, fácilmente se comprende que el perineo hace un papel importante en la expulsión del feto, y que en los casos en que este tabique músculo-aponeurótico solo presente una resistencia insignificante, como sucede en las mujeres muy debilitadas y agotadas por largos padecimientos, las contracciones normales ó débiles, expulsarán fácil y rápidamente al producto de concepción, mientras que la resistencia anormal del perineo, por desarrollo considerable de las fibras musculares del elevador cocci-perineal, por ejemplo, hace el el parto lento, difícil, peligroso, acaso imposible de terminar por las solas contracciones de la matriz.

Por regla general, la exageración se extiende á la intensidad, á la duración, á la frecuencia y á la sensación dolorosa; se manifiesta especialmente al fin del período de dilatación y va en aumento hasta el fin del parto, no dejando á la mujer ningún reposo. Son en este caso, enérgicas, frecuentes, prolongadas, no existe entre ellas el período de calma ó reposo que caracteriza á las contracciones que he descrito como normales y se acompañan de tensión de la matriz, tensión que pone á este órgano en contracción creciente hasta la expulsión del feto.

Se observa este exceso de energía de la acción contráctil de la matriz, ya en mujeres débiles y delicadas, ya en las robustas y vigorosas, y quizá con más frecuencia en las primeras que en las segundas.

La relación que algunos autores suponen existe entre los fenómenos que suelen acompañar y aun preceder al escurrimiento menstrual, y la exageración de las contracciones uterinas del trabajo, la creo muy distante de la realidad. He asistido á varias primíparas en las que he presenciado un trabajo de marcha enteramente normal, habiéndome referido que sus menstruaciones habían sido siempre acompañadas de violentas uteralgias, que tan intensos sufrimientos las obligaban á permanecer en cama dos ó tres días y que sólo el láudano administrado por la vía rectal, les proporcionaba algún alivio. Todos los que nos dedicamos á la práctica obstetrical, hemos visto parturientes soportar contracciones exageradamente dolorosas, enérgicas, frecuentes, casi continuas, coincidiendo con gran irritabilidad del útero, y estas pacientes aseguran haber sido regular y normalmente menstruadas, sin haber jamás sufrido cólicos uterinos.

Creo que las mujeres muy nerviosas é impresionables, están más predispuestas á las contracciones exageradas y se debe admitir con Wigard que esta anomalía depende de una gran irritabilidad, cuyo centro, especialmente en las histéricas, parece estar en el útero.

No puede ponerse en duda que las afecciones morales despiertan fuertes y enérgicas contracciones, aun en caso de trabajo lento por debilidad ó falta de dolores de parto; y se ve con frecuencia que ha bastado proponer seriamente aplicar el forceps, para que el temor que inspira la operación, haga que la matriz se contraiga con vigor y frecuencia y se termine con rapidez un parto que parecía interminable.

Cazeaux asegura que en las fiebres eruptivas, principalmente en la escarlatina, las contracciones ofrecen á menudo esta anomalía, y el feto es violentamente expulsado cuando el trabajo se declara durante esta enfermedad. Pero yo supongo que la causa del parto precipitado, es la flaxidez de

las partes blandas, cuya fuerza de resistencia, como la de todo el aparato muscular, está muy disminuído por esta pirexía.

Pero por muy violentas que se supongan las contracciones uterinas, explicarían difícilmente la prontitud con la cual el parto se termina en algunas mujeres, si no se admite que existe á la vez en ellas una falta de resistencia por parte del canal pelvi–genital. Una pelvis muy amplia, un feto pequeño, la diminución de la resistencia normal de los tejidos que forman la pelvis blanda, son factores que deben ser considerados como favorecedores de la expulsión muy rápida del feto.

Veamos ahora cuáles son los accidentes á que expone á la madre y al feto el parto precipitado. Ocupa el primer lugar, por la gravedad, la inercia de la matriz, que puede ocasionar una hemorragia rápidamente mortal; la desgarradura del cuello uterino, de la vagina, y especialmente la del perineo, producidas por el paso brusco y violento del feto á través del canal útero–vagino–vulvar; los síncopes tan graves y aun mortales á que expone el rápido desembarazamiento de la matriz; y, finalmente, la muerte causada por la violenta conmoción nerviosa ocasionada por tan intensos dolores.

Los peligros para el niño no son menos graves. Las contracciones, á la vez que muy enérgicas y muy dolorosas, son muy frecuentes y de larga duración, y los intervalos que las separan son excesivamente cortos é insuficientes para que la circulación útero–placentaria se restablezca. De aquí resulta una perturbación profunda para la hematosis fetal, que puede llegar hasta la asfixia. Los niños nacen, en efecto, en estado de muerte aparente, y aun con asiduos cuidados no siempre se logra volverlos á la vida. Si la madre es sorprendida en actitud desfavorable, el niño puede caer al suelo y ser más ó menos lesionado; el cordón se desgarra, ó si re-

siste, la placenta se desprende ó el útero se invierte, solicitado por un cordón resistente y una placenta adherida.

Fácilmente se comprende que, si bien el pronóstico no es muy obscuro, no es ciertamente sin importancia. Hay, á no dudarlo, indicación de combatir el exceso de contracciones uterinas.

La debilidad é insuficiencia de las contracciones uterinas, es la anomalía de las fuerzas expulsivas que con mayor frecuencia se presenta á nuestra observación; pero como lo hace notar Schooeder, y en verdad que con bastante razón, es difícil fijar con exactitud el tipo que constituye la debilidad de los dolores. Se ve con frecuencia que contracciones ligeras de insignificante apariencia, son bastantes para terminar con rapidez un parto en el cual las resistencias son insignificantes. Así, por ejemplo, las tuberculosas, que han llegado á un período muy avanzado de extenuación, ofrecen un perineo casi sin tonicidad, sin vigor, y que no opone gran resistencia; si las fibras musculares de la matriz conservan su textura y contractilidad normales, tendrán contra lo que á primera vista se supone, partos rápidos y normales. En oposición á los casos anteriores, el útero se contrae enérgicamente y se extenúa con esfuerzos inútiles para vencer, ya un perineo resistente, ya un coxis difícil de alejarse, ó para hacer rotar una cabeza voluminosa y enclavada en la excavación en posición occípito-posterior, etc. Fácilmente se comprende que todo depende de las resistencias con que tienen que luchar las contracciones.

Como he dicho ya, lo que caracteriza á las contracciones normales, es que, á medida que avanza el trabajo, se hacen más y más fuertes, aumentan de duración y de frecuencia; mas si esto no se verifica, si los dolores son ó muy débiles ó muy cortos, ó separados por largos intervalos, y con mayor motivo si llegan á suspenderse, el trabajo se prolongará, y esta prolongación acarreará síntomas graves, tanto para

la madre como para el engendro. En lo que se refiere á la madre, la rapidez con que estos graves accidentes se establecen, varía mucho según el período del trabajo en el cual el retardo se produce.

En efecto, la debilidad de las contracciones puede presentarse en todos los períodos del trabajo; persistir en todo él ó sólo producirse durante uno de dichos períodos, bien en el de dilatación, en el de expulsión ó en el de desembarazamiento de los anexos. Presenta diversos grados, desde la simple languidez ó cansancio, hasta la suspensión completa y prolongada de toda acción contráctil de las fibras musculares de la matriz.

Noegelé y Grenser, para hacer comprender bien esta causa de distocia, admiten tres categorías de hechos.

1ª En el primer grado, la matriz se contrae en verdad convenientemente y los dolores tienen acción sobre la marcha del trabajo; pero éste es excepcionalmente largo, porque las contracciones no son suficientemente eficaces y están separadas por intervalos muy largos. Hay pereza ó inercia de la matriz.

2ª En el segundo grado, los dolores no son muy completos, durables y eficaces: poco á poco se van haciendo más y más débiles y raros, pueden aun suspenderse por completo y prolongar el trabajo de una manera perjudicial para la madre y el niño. A esto llaman los expresados autores atonía de la matriz.

3ª En este grado, que especialmente se observa en el segundo tiempo del parto, casi no hay contracciones; el útero se encuentra en un ligero grado de tensión general ó está completamente relajado. Hay agotamiento por parálisis de la matriz.

En esta clasificación no están comprendidos todos los casos á que pueden dar origen las anomalías de las fuerzas expulsivas. Para tener una enteramente completa, que fa-

cilite el estudio de tan importante causa de distocia, bastará agregarle, como cuarta categoría, el tercer grado que admite Cazeaux.

4.ª Las contracciones ofrecen una irregularidad completa en su duración, intensidad y vuelta, irregularidad que destruye la acción expulsiva.

La debilidad de las contracciones uterinas consiste en que no tienen el grado de intensidad, duración y frecuencia que deben poseer, relativamente á la constitución particular de la mujer en trabajo. En este supuesto, son insuficientes para vencer á las resistencias con que habitualmente tropieza todo feto en el trayecto que tiene que recorrer al ser expulsado del recinto materno, y si consigue dominarlas, es con serias dificultades, empleando mucho tiempo, agotando las fuerzas vitales de la madre y comprometiendo la existencia del niño.

Los ingleses llaman á estos casos trabajo enojoso, y en verdad que es una denominación adecuada é ingeniosa.

Según la época en que la debilidad se manifieste, según su duración é intensidad, tendremos ya un trabajo uniformemente largo en todos los períodos, ya muy largo tan sólo en uno de los tiempos, y lo más común es que lo sea en el período de dilatación.

Mas antes de entrar de lleno en el estudio de los accidentes á que da origen el trabajo prolongado, accidentes que acarrean consecuencias funestas y aun peligrosas, ya para la salud, ya para la vida de madres é hijos, diré brevemente cuál es la duración del parto normal.

Según Cazeaux, es de diez á doce horas en las primíparas y de seis á ocho en las multíparas. Depaul señala quince á veinte horas, como duración total del parto en las primerizas. Tarnier indica doce á quince horas, como tiempo que dura el parto en las mujeres que paren por primera vez, y de seis á ocho para las que han tenido varios hijos.

En cincuenta y tres primíparas de 16 á 28 años de edad, en las que he, con la mayor exactitud posible, valuado la duración total del trabajo, el mayor número, 32, ha empleado 16 horas y media; 10, veintitrés horas; 4, doce horas y media; 2, ocho horas; 1, seis horas; 3, veintisiete horas; y en una noventa y ocho horas. El parto ha tenido lugar en todas en embarazo de término, el feto se ha presentado por el vértice, en posición anterior, y no ha habido complicación alguna. Si me atuviera á mi experiencia, admitiría como duración media en las multíparas, seis á diez horas; pero creo más conveniente aceptar la opinión del profesor Tarnier, advirtiendo que el parto se prolonga más allá de los límites asignados por tan eminente maestro, y que diez y ocho á veinticuatro horas de duración, especialmente en las primíparas, no deben producir ninguna alarma. Mas si transcurren más de veinticuatro horas, á contar del principio del verdadero trabajo, pueden sobrevenir serios accidentes para la madre ó el niño, que se deben evitar combatiendo con la necesaria oportunidad la causa de tan peligrosa lentitud.

Debo recordar que, en el parto normal, los fenómenos que lo constituyen se cumplen con tal regularidad, que la relación de la duración del período de dilatación es al de expulsión como dos ó tres es á uno. Sabemos ya, que la lentitud del trabajo puede hacerse sentir únicamente en uno de los tiempos de él, quedando los otros dos con su habitual duración ó aun disminuidos, y entonces deja de existir la proporción señalada. Desde el punto de vista del pronóstico, es útil esta distinción, pues si bien el primer período puede prolongarse sin peligro por dos, tres ó aun más días, el segundo no puede pasar ciertos límites sin comprometer seriamente la salud de la madre y la vida del niño. Según Cazeaux, de cada cuatro niños, sucumbe cuando menos uno, si ha permanecido seis ú ocho horas en la excavación des-

pués de haber sido terminada la dilatación del orificio uterino y desgarrádose las membranas.

Aunque el niño no corre serios peligros con la prolongación del primer período, y la madre en lo general sufre bien poco, consistiendo los síntomas que presenta únicamente en una gran fatiga, debida á la privación de sueño; y en las mujeres muy nerviosas, en agitación, disgusto, inquietud y temores por su estado que creen grave, debe tenerse presente que Simson ha demostrado del modo más concluyente, que es mayor la mortalidad de madres é hijos cuanto más largo es el trabajo, y todos los tocólogos han presenciado casos en los cuales se han presentado síntomas graves antes de terminarse el primer período.

Pero, en lo general, salvo raras excepciones, mientras el retardo sólo se refiera al período de dilatación, en bastante tiempo no se presenta ningún síntoma grave, y puede prolongarse hasta varios días. La profesora Dª Rosa Esquivel y yo, hemos presenciado un caso que demuestra lo expuesto. Se trata de la Sra. R. G. de H., de 22 años, de temperamento sanguíneo-nervioso, de constitución fuerte. Empezó á menstruar á los 15 años, el escurrimiento sanguíneo se estableció de lleno y jamás había sufrido trastorno alguno durante los cinco días que dice le duraba. Se casó el año de 1888 y en el mes de Julio de ese año tuvo su última menstruación. El 7 de Abril de 1889 empezó con dolores de parto enérgicos, de duración regular, pero que eran separados por muy largos intervalos. El cuello estaba firme y muy consistente, y después de haberme cerciorado que se trataba de un embarazo de término, que el feto se presentaba por el vértice en posición occípito-ilíaca izquierda, que la pelvis estaba bien conformada, que la vagina, el perineo y la vulva no presentaban resistencias anormales ni obstáculo alguno al paso del niño, me limité á recomendar á la Sra. Esquivel que con 3 litros de agua hervida y á 48 grados

centígrados, aplicara una inyección cada dos horas y que vigilara que el recto y la vejiga se vaciaran con regularidad. El día 9 el cuello se había borrado, y en la noche la Sra. de H. estaba muy fatigada, inquieta y violenta, no había llegado á dormir, y atribuí á la falta de reposo el estado de fatiga que presentaba. Prescribí 4 gramos de hydrato de cloral y 2 de bromuro de potasio, divididos en 6 papeles para que la hicieran tomar uno cada 20 minutos disuelto en una cucharada de jarabe de azahar. Después de haber tomado 5 papeles, los dolores se retiraron y la paciente logró dormir algunas horas. En las primeras del día 10 los dolores volvieron más fuertes y más prolongados; pero continuaron separados por largos intervalos, y en todo el día tuvieron poca acción sobre la marcha del trabajo. A las 3 de la tarde el orificio uterino presentaba un diámetro como de centímetro y medio. En toda la mañana se le habían aplicado 6 grandes inyecciones vaginales con agua esterilizada por la ebullición y á 48 grados de temperatura, y había tomado un baño caliente y largo. A las 10 de la noche tomó cloral y bromuro de potasio en la misma forma que la noche anterior, y después de haber empleado 4 gramos de cloral y 2 de bromuro tuvo un rato de calma y con él logró algún sueño y reposo, que se prolongó 6 horas. En la madrugada del día 11 las contracciones fueron más frecuentes y con intensidad y duración favorables, y el trabajo marchó desde ese instante con la debida regularidad. A las 5 la dilatación del orificio era completa, y la fuente se desgarró espontáneamente. El período expulsivo fué muy corto y á las 8 de la mañana el trabajo había terminado, dando á luz una robusta niña que no presentó señal alguna de sufrimiento por tan prolongado trabajo. Este duró 98 horas, á contar desde el momento en que se declararon las verdaderas contracciones dolorosas; la Sra. R. G. de H. se restableció después de un puerperio fisiológico, ha tenido tres nuevos partos de

duración normal, y, en una palabra, gozan en la actualidad ella y sus cuatro hijos de perfecta salud.

En el caso que acabo de referir, los dolores, aunque regulares, sólo se reproducían á intervalos muy lejanos y la dilatación marchó con una lentitud verdaderamente desesperante. Dos veces el útero agotó su energía; los dolores se suspendieron y aproveché esos intervalos para calmar la agitación nerviosa, haciendo dormir á la paciente, como ya lo he dicho, con ayuda de cloral y de bromuro, asociados. El estado general era notablemente mejor al despertar; la matriz recobraba nuevo vigor y emprendía la obra principiada; finalmente, la dilatación se hizo y las contracciones regularizaron su duración, intensidad y frecuencia al empezar el período de expulsión y éste tuvo una duración corta.

Hay casos en que las contracciones, aunque repetidas, son cortas, ligeras, insuficientes; otras veces son irregulares, tanto en su duración como en su aparición y aun en su intensidad. Dos ó tres dolores vienen con toda regularidad; en seguida un período de reposo se produce: aparece un nuevo dolor normal pero queda aislado y los que le siguen son ligeros y cortos; el cuello se borra con desesperada lentitud; la dilatación marcha sumamente espacio; la matriz se fatiga, y la ruptura de las membranas no se produce, para prolongar el trabajo agotando las fuerzas de la paciente.

En otra categoría de hechos, el primer período del trabajo se verifica con entera regularidad; pero una vez obtenida la dilatación del orificio uterino, las contracciones se alejan, se retardan, se debilitan, se hacen más y más cortas, y el período de expulsión se alarga considerablemente. Si este retardo se declara después de la desgarradura de las membranas, la parte fetal que se aboca á la entrada de la excavación, presenta una tumefacción considerable, que suele hacer creer que desciende, cuando en realidad permanece enclavada. Este engaño es muy frecuente en los médicos

poco familiarizados con la observación de la marcha del parto y que no han adquirido el tacto clínico, tan indispensable para saber apreciar este hecho é intervenir con la oportunidad debida.

Si en tesis general se puede decir que la lentitud del trabajo es bien soportada cuando se produce en el período de dilatación, no puede sostenerse lo mismo si se declara en el período de expulsión. La prolongación de éste, por más de diez ó doce horas, da orígen á la irregularidad de los dolores, tanto en su vuelta como en su intensidad; y si algunas veces suelen ser más intensos y más frecuentes, son en realidad menos eficaces, al grado de parecer que el feto retrocede en vez de avanzar: hay, en una palabra, dolores, mas no contracciones expulsivas.

A este trastorno local, sigue luego una convulsión general y violenta, la paciente tiene náuseas y aun vómitos de materias biliosas; la piel se pone caliente y seca; pero el termómetro muy rara vez marca más de treinta y nueve grados; el pulso es frecuente; late 100 y 120 y aun excepcionalmente 150 veces por minuto: la lengua y las encías se cubren de un barniz moreno y espeso (fuliginosidades); está inquieta, excitada, cambia á cada instante de posición. La vagina y el orificio uterino se ponen calientes y sensibles al tacto: la presión que la cabeza del feto ejerce sobre el cuello de la vejiga, impide la salida de la orina y este líquido se acumula, distindiendo su receptáculo, los uréteres, pelvixillas, etc. Esta retención de la orina da lugar á muy serios accidentes, si no se practica con una sonda blanda y adecuada un cateterismo metódico, elevando con dos dedos, y por la vagina, la cabeza que ejerce tan funesta compresión, y haciendo á la vez penetrar el cateter hasta la vejiga. Las partes blandas que tapizan la excavación pelviana y el estrecho superior, largo tiempo comprimidas, se inflaman,

se gangrenan y dan origen á fístulas vésico–vaginales, recto–vaginales, etc., de muy difícil curación.

Si en esta situación la mujer no es desembarazada y se abandona á sus propios esfuerzos, todos los síntomas descritos se agravan rápidamente; los vómitos son más frecuentes; el útero se tetaniza y amolda contra el producto de concepción; la indocilidad de la enferma no conoce límites; su pulso se hace cada vez más frecuente y débil; hay subdelirio, y finalmente, la parturiente cae en un coma profundo que puede terminarse por la muerte.

La vida del niño está muy seriamente comprometida por los trastornos de la circulación útero–placentaria, consecuencia de la contracción permanente de las fibras musculares de la matriz.

Preciso es convenir en que tan formidable cortejo de síntomas, jamás se le presenta á un tocólogo hábil llamado á tiempo, porque un conocimiento profundo de la marcha del parto, le enseña que es preferible prevenir, á esperar el desarrollo de los accidentes para curarlos, y que la intervención oportuna es la regla que debe guiar á todo médico celoso de su reputación y cuidadoso de las vidas que le son encomendadas.

Hay parteros que generalizan el antiguo proverbio que dice, que todo parto en el cual se interviene, es malo.

Y digo que generalizan, porque fundados en él, enseñan que no debe intervenirse hasta que la naturaleza haya agotado todos sus esfuerzos para terminar el parto, y permiten que sus pacientes soporten varias horas de trabajo penoso, agotando sus fuerzas hasta la extenuación más completa y haciendo correr inminentes peligros á los niños cuyas vidas están amenazadas por la interrupción sostenida de la circulación placentaria.

Evidentemente que si el proverbio se aplica á la intervención torpe é inoportuna de un ignorante, es bueno y de

innegable valor; pero si se generaliza á la intervención científica de un hombre experto que sabe cuándo y cómo debe proceder, y que ha adquirido la destreza operatoria indispensable para salir avante en estos trances, es más que inoportuno, es irracional.

El estado del útero en el parto prolongado, es muy digno de estudio, y ha sido claramente señalado por el Dr. Braxton Hicks, el que ha demostrado que cuando las contracciones han disminuído mucho, cuando se han debilitado, y con mayor razón cuando se han suspendido, el útero se tetaniza y la irritación, resultado de la retracción continua, es la causa principal del parto prolongado. Para los parteros ingleses, la exactitud de esta observación es evidente, y la creen un guía seguro en el tratamiento.

Habiendo ya descrito los graves accidentes á que dan lugar la exageración, la debilidad, la lentitud, la suspensión y la mala dirección de las fuerzas expulsivas, réstame aún estudiar la perversión de las contracciones uterinas, antes de exponer las causas que producen estas anomalías y los medios para prevenirlas ó remediarlas. En efecto, las contracciones de la matriz pueden ser pervertidas, es decir, que son en este supuesto, irregulares en su marcha, parciales, limitadas á una porción circunscrita de las paredes, sea al fondo, al segmento inferior ó á uno de los ángulos, quedando inactivo todo el resto del órgano de la gestación. Ya la contracción es general, pero no siendo más pronunciada en el fondo que en el segmento inferior, no produce ningún resultado sobre la marcha del trabajo. Se reconocen los dolores de la primera especie, en que son intermitentes, espasmódicos, que carecen de influencia sobre el avance del parto, y no obstante su intermitencia, no son menos agudos que los que ocasionan las contracciones generalizadas á todo el útero. Aplicando la mano sobre el abdomen, en el supuesto de contracciones parciales, al momento del dolor, se

siente que el ovoide uterino no es regular, sino abollado y desigual. En los dolores de la segunda especie, no hay calma ni reposo entre ellos, son continuos y tan sólo interrumpidos por paroxismos extremadamente dolorosos. En ambos casos es fácil demostrar que no hay impulsión impresa al feto, que la región que se aboca al estrecho superior no avanza. Si no se han roto las membranas, se ponen apenas tensas al momento del dolor, pero no se abomban ni forman saliente entre los bordes del orificio uterino. Si algunas veces, al momento del paroxismo, la parte fetal que se presenta parece descender algo, este ligerísimo movimiento de progresión no está en relación con la violencia é intensidad de los dolores, y no continúa, aunque el dolor persista.

Por regla general, estas contracciones espasmódicas sólo aparecen hacia el fin del período de dilatación; se producen algunas veces después que la cabeza ha salido de la cavidad uterina, y se manifiestan entonces, al nivel del orificio interno, aprisionando y comprimiendo el cuello del feto, y originando accidentes á éste, cuya gravedad está en razón directa de la duración y del grado de la compresión. Finalmente, suelen producirse en el período de expulsión de los anexos y complicar seriamente este tiempo.

Las contracciones espasmódicas muy intensas, determinan en las pacientes dolores excesivos, y se acompañan de extremada agitación. Las mujeres lloran, se desesperan, la piel se les pone caliente y seca, el pulso se acelera y se hace febril; la cara se inyecta, se anima, las ideas se trastornan. Las partes genitales se ponen calientes y muy sensibles. Las enfermas se quejan de calambres, de irradiaciones dolorosas en todos los nervios de la pelvis y de los miembros inferiores; hay cefalalgia, sobrevienen vértigos, delirio y convulsiones. Mas, repito, no obstante la intensidad de los dolores, el trabajo no hace ningún progreso, el orificio uterino no se dilata, y la parte fetal que se presenta no consigue avanzar.

Con sorpresa se ve cesar brusca y espontáneamente estos intensos sufrimientos, y continuar y terminar el trabajo con toda regularidad; pero lo común es que el tocólogo calme estas penosas contracciones espasmódicas por el empleo del cloral ó del cloroformo, prudente y oportunamente manejados.

Las contracciones de los músculos abdominales y las del diafragma, son un poderoso auxiliar de las contracciones uterinas en los últimos períodos del trabajo; mas pueden faltar, y el parto, si bien algo retardado, se termina espontáneamente en la mayoría de los casos. Yo he presenciado un parto espontáneo en una mujer parapléjica, y conozco á una señora, quien me asegura haber tenido un robusto niño sin intervención alguna, padeciendo ya desde esa fecha, hace veinte meses, un prolópsus completo del útero, de que actualmente la estoy asistiendo. Las contracciones de la matriz pueden, pues, por sí solas, verificar la expulsión del producto de la concepción; así es que no debe aceptarse la opinión de Depaul, quien limita la acción de las contracciones uterinas al primer período, al de dilatación, y considera como casi indispensable la acción de la contracción de los músculos abdominales, para que se verifique normalmente el período de expulsión. Es evidente que las contracciones de los músculos accesorios del parto, ayudan eficazmente durante el período de expulsión, á la terminación del parto; pero ¡cuántos ejemplos se registran, en los cuales las contracciones de los músculos abdominales han sido insignificantes ó nulas, y no obstante su ausencia, el parto se ha terminado espontáneamente, dando una prueba irrecusable en ese caso de la acción exclusiva y eficaz de las contracciones uterinas! Al entrar en acción las contracciones de los músculos abdominales, son éstas enteramente voluntarias; pero llega un momento en el cual dejan de serlo y se manifiestan bajo la forma de fenómenos reflejos que persisten hasta la salida del feto.

Las contracciones de los músculos accesorios del parto, cuando se sostienen dentro de límites normales y sólo aparecen en el período de expulsión, que es su tiempo oportuno, constituyen un poderoso auxiliar. Si pasan este límite, y son muy fuertes y frecuentes, dan origen á serios accidentes, que es necesario saber prevenir, procurando la terminación de un trabajo que tiende á salir del tipo fisiológico.

De estos accidentes, el más común es la desgarradura de las vesículas pulmonares, que produce un enfisema que, principiando por el cuello, se extiende á la cara y al tórax.

Este accidente, que á la verdad jamás he observado, sería bien fácil de reconocer en la tumefacción y la crepitación característica. Bastaría, para detener sus progresos, que la mujer suspendiera todo esfuerzo, y si esto no fuera posible, poner fin al trabajo por intervención adecuada.

Chausier, Borland y Corradi, refieren casos de fracturas del esternón, producidas por las contracciones muy enérgicas de los músculos abdominales, y que, si bien por sí solas no son graves, pueden complicarse de afecciones pleurales ó pulmonares.

Las contracciones de los músculos abdominales, pueden, al contrario de los casos estudiados, ser muy débiles, muy retardadas ó aun no existir.

Esta insuficiencia puede coexistir con contracciones uterinas extremadamente dolorosas, ó depender de un estado de agotamiento general, ocasionado por largas enfermedades anteriores al parto, especialmente por afecciones del corazón ó de los órganos que forman el aparato respiratorio, ó fatigadas por inoportunos y prematuros esfuerzos.

Sea cual fuere la causa que produzca el debilitamiento de las contracciones abdominales, por sí solo no tiene gran importancia; pero si está asociado á la debilidad de las contracciones uterinas, contribuye á retardar el trabajo y constituye una formal indicación de terminarlo.

En las condiciones normales, los fenómenos se cumplen con toda regularidad, y la expulsión del producto de la concepción se verifica pasadas seis á doce horas, á contar del momento en que aparecen las verdaderas contracciones uterinas. Esta sabia lentitud es necesaria para que las partes blandas que tapizan el canal que el feto tiene que recorrer y las que constituyen el tabique músculo–aponeurótico que forma el piso de la pelvis, se preparen á soportar una suficiente distensión al momento de librarle paso, reblandeciéndose y humedeciéndose con los líquidos que vienen de la cavidad uterina ó de la vagina. Durante este tiempo, el cuello se borra; el orificio uterino se abre poco á poco; la vagina se amplía; y todos los tejidos que forman la pelvis blanda, ya preparados, se prestan á ser exageradamente distendidos para permitir la expulsión del feto. La dilatación progresiva se opera tan sólo por las contracciones de la matriz, y éstas, para no ocasionar extraordinarios sufrimientos á las parturientes y no comprometer la vida de los hijos, deben ser intermitentes, separadas unas de otras, por intervalos de verdadera calma. Ahora bien: llevo dicho ya, que si las fuerzas que determinan la expulsión del engendro son exageradas, resulta una precipitación en el parto y este exceso de acción de las fuerzas expulsivas, no es raro que se complique con accidentes más ó menos graves para madre é hijo, como en su oportunidad lo indiqué.

Entre las causas que aceleran la marcha del trabajo, merece especial mención la herencia. Todos los autores citan familias en las cuales, las mujeres pertenecientes á ellas, tienen partos muy rápidos.

El neurosismo tiene incontestable influencia sobre la rapidez del parto, y la literatura ginecológica nos presenta casos de histéricas y dismenorréicas, que han tenido partos precipitados, siendo esta rapidez debida á exceso de las contracciones uterinas y á la excitabilidad nerviosa que en el pe-

ríodo de expulsión impulsa á las pacientes á hacer violentos esfuerzos, apresurando con ellos la salida del feto.

Las fiebres eruptivas, principalmente la viruela y la escarlatina, son señaladas como causas que determinan la rapidez del parto, y ésta puede explicarse en tales casos, bien por la aglomeración del ácido carbónico en la sangre, producto de la exageración de las combustiones orgánicas por la calentura intensa (y es bien sabido la influencia que ejerce sobre las contracciones uterinas, el ácido carbónico en exceso), ó bien debe atribuirse á la flaxidez de la partes blandas, especialmente del perineo, originado por la intensidad de la fiebre.

La poca cantidad de líquido amniótico, que, sea congénita ó debida á la desgarradura anticipada de las membranas, ocasiona, como lo he presenciado varias veces, exceso de la acción uterina, probablemente debido á la excitación determinada por los movimientos de los miembros ó del cuerpo del niño, sobre las paredes uterinas.

Los estrechamientos pelvianos, son poderosa causa de contracciones enérgicas, lo que indudablemente es debido á que la naturaleza proporciona vigor y energía á la matriz, para salir vencedora de su empresa. Tan vigorosa es la lucha que emprende la matriz para expulsar el feto, que se encuentran en éste, en los huesos que forman la bóveda del cráneo, hundimientos y aun fracturas que comprometen seriamente su existencia.

En resumen, el exceso de las fuerzas expulsivas reconoce por causa, ó una excitabilidad muy grande de la contractilidad uterina, ó un desarrollo excesivo de las fibras musculares de la matriz; pero es casi indispensable para la rápida terminación del parto, que las resistencias por vencer sean insignificantes, débiles ó nulas, ó bien que el volumen del feto sea bastante pequeño para lograr franquear sin dificultad el canal pelvi-genital.

Las causas que producen la debilidad, la lentitud, la suspensión, y en una palabra, la insuficiencia de las contracciones uterinas, son numerosas y su conocimiento es asunto de gran importancia, pues es la brújula segura que guía al tocólogo en el camino que debe seguir. Señalaré las principales:

Herencia.—La experiencia demuestra á cada paso, con hechos irrecusables, que la lentitud en la marcha del trabajo, se trasmite de madres á hijas; mas nos son hasta hoy desconocidas, tanto la frecuencia de esta trasmisión como las causas íntimas de que depende tal atonía uterina.

Estado pletórico de la mujer.—La plétora general da origen á la plétora uterina, que es causa de la prolongación del trabajo, y se caracteriza por los signos siguientes: inyección de la piel, pesantez de cabeza, zumbidos de oídos, plenitud, dureza y frecuencia del pulso. El útero es voluminoso, las paredes tienen un gran espesor, lo que ocasiona que las partes fetales y los movimientos que éstas ejecutan, sean difícilmente percibidos y apreciados en los intervalos de las contracciones y aun antes del trabajo. La porción subvaginal del cuello de la matriz se encuentra abultada y sensible; la vagina está caliente, seca y dolorosa. La higiene defectuosa durante el trabajo, las exploraciones toscas, el abuso de las bebidas excitantes, las tentativas inoportunas á que se entregan personas sin conocimientos científicos, encargadas indebidamente de asistir á las pacientes para dilatar artificialmente el orificio uterino, etc., son otras tantas causas de que el estado de congestión y de irritabilidad en el cual se encuentra el útero al momento del parto, pase de los límites normales y una verdadera inflamación se declare. En este caso, la matriz se pone tensa y muy dolorosa á la menor presión; la vagina y el orificio uterino calientes, secos y sensibles: hay retención de orina y de materias fecales; la piel se pone también caliente y seca; el pulso fre-

cuente, concentrado y duro; la paciente acusa malestar, náuseas, vómitos, meteorismo, cefalalgia, y las facciones se ven alteradas. Las contracciones uterinas son excesivamente dolorosas é ineficaces y el dolor persiste, aunque menos intenso, en los intervalos. Si la inflamación alcanza un grado elevado de intensidad, las contracciones uterinas pueden suspenderse.

Impresiones morales.—En las personas impresionables, las impresiones morales, aun las más insignificantes, vuelven débiles y lentas las contracciones de la matriz y aun las suspenden por completo.

La posición social.—Tiene en verdad grande importancia el género de vida: así la falta ó irregularidad de las contracciones uterinas es más común en las mujeres de la alta sociedad que llevan una vida enervante, que en las que viven en el campo y cuyas costumbres están más en armonía con una buena higiene.

Edad.—En las mujeres muy jóvenes, los dolores son con frecuencia irregulares, probablemente por el desarrollo aún incompleto de las fibras musculares de la matriz; y esta irregularidad es causa de la prolongación del trabajo. Las primerizas de edad avanzada suelen tener partos laboriosos; pero no de un modo tan invariable como generalmente se cree, y en el caso de retardo, lo considero debido, más que á la anomalía de las contracciones, á la rigidez y resistencia del conducto pelvi-genital.

Estado constitucional de la mujer.—Tiene evidentemente influencia material en la fuerza y eficacia de las contracciones uterinas, y lo demuestra lo ligeros é ineficaces que son en las parturientes anémicas (causa frecuente de distocia en nuestras mexicanas), ó estenuadas por alguna afección debilitante. Mas no debemos olvidar la justa apreciación de Cazeaux, quien asegura que los efectos de este estado general de debilitamiento del organismo, se equili-

bran á menudo por la flaxidez y falta de resistencia de los tejidos, que oponen menos obstáculos al paso del niño.

Distensión excesiva de la matriz.—La excesiva dilatación del útero, dependiente de un embarazo múltiple ó de una hidropesía del amnios, adelgaza las paredes uterinas, debilita ó destruye el resorte de las fibras musculares y hace que su contracción sea débil é insuficiente. Los dolores son débiles, dilatan con suma lentitud el orificio uterino y prolongan el primer período de dilatación. Se sospecha esta causa de distocia, cuando la duración anormal del período de dilatación se acompaña de gran desarrollo y de marcada fluctuación del tumor uterino, que por el examen vaginal se encuentra el segmento interior de la matriz muy tensa y saliente, y que la bolsa de las aguas no forma salida á través del orificio uterino durante las contracciones.

Desviaciones de la matriz.—Toda oblicuidad exagerada del útero impide que obren los dolores en el sentido más ventajoso y es causa poderosa para que retarde el encajamiento al estrecho superior, de la parte que se presenta á la entrada de la pelvis. La variedad más común es la anteversión, que se observa con frecuencia en las mujeres que han tenido muchos hijos y como resultado de la excesiva relajación de las paredes antero-laterales del abdomen. Si la dislocación uterina es muy considerable, resulta, cuando principia el parto, y siempre que no se corrija este estado anormal, que las contracciones uterinas empujan la cabeza hacia el sacro, en vez de dirigirla al eje de la entrada de la pelvis, ocasionando notable prolongación del trabajo. He dicho que la desviación más común es la anteversión; mas las látero y retrodesviaciones también se presentan á la observación.

Por último, la repleción del estómago, la distensión de la vejiga y del recto y un dolor vivo, sea cual fuere su sitio, pueden debilitar y aun suspender las contracciones de la

matriz, y son, por tal motivo, causas que prolongan el parto. Que los estados morbosos de las vías digestivas producen con frecuencia la irregularidad y el debilitamiento de los dolores, es un hecho. El mal estado de las vías digestivas, que sea producido por indigestión, por abundante secreción ó alteración de la bilis, por acumulación de materias fecales ó desarrollo y detención de gases, es con frecuencia causa de que las contracciones sean débiles, parciales é insuficientes; y lo prueba el cambio rápido en el carácter de estas fuerzas expulsivas que sigue á la administración de un laxante ó de un enema purgante. El aumento del apetito al fin del embarazo, el gusto especial por alimentos de difícil digestión, la falta de ejercicio, la constipación habitual, ocasionan en las mujeres, sean cuales fueren las condiciones sociales en que la fortuna las coloque, los trastornos digestivos, la flatulencia, los cólicos, etc. El conmemorativo que nos acusa una perturbación de régimen y los síntomas bien conocidos de embarazo gástrico, nos revelan esta causa de prolongación del trabajo.

Los cólicos que se declaran al fin del embarazo á consecuencia de una causa accidental y que irradian de su sitio primitivo hacia el estómago, la vejiga, el recto y los miembros inferiores, y que según su origen hepático-renal, gastro-enterálgico, etc., se acompañan de vómitos, tenesmo vesical y rectal, meteorismo y contracciones dolorosas de los músculos abdominales y marcha intermitente, engañan á primera vista, simulando un principio de trabajo, y obligan á todo práctico celoso de su reputación, á practicar un cuidadoso examen, que lo conduce al diagnóstico de la causa de dichos sufrimientos.

La exagerada distensión de la vejiga, especialmente en el período de expulsión, forma un tumor en la región hipogástrica que es dolorosamente comprimido por la contracción de los músculos abdominales, y los sufrimientos que esta

contracción voluntaria ocasiona, hacen que las pacientes suspendan toda contracción de los músculos accesorios del parto, y éste se encuentre sin esa ayuda y se atenga á las solas contracciones uterinas, que aunque basten, aumentan la duración.

Hay mujeres en las cuales el útero es débil por sí solo, y esta debilidad local es independiente del resto del cuerpo. Coincide este estado con una constitución fuerte, robusta, vigorosa y con buena salud, y como la debilidad de las contracciones y el retardo que esta anomalía produce en la marcha del trabajo, se repite á cada parto, se ha atribuído á un desarrollo incompleto de las fibras musculares de la matriz; mas como esta explicación tan sencilla no ha sido demostrada en la mayoría de los casos, ¿no podría admitirse por causa la inervación defectuosa del órgano activo del parto? . . . .

El hecho real es que existen buenas y malas matrices, como también existen buenos y malos estómagos, y estas matrices poco enérgicas, torpes y débiles por sí solas, no tienen relación alguna con el resto del organismo que presenta el aspecto de una excelente salud. Esta atonía es congénita, hereditaria ó adquirida, ya por partos anteriores laboriosos, por abortos repetidos, por abundante leucorrea, por distensión exagerada de la matriz ó por degeneración morbosa de sus paredes.

Pronóstico.—Aunque el pronóstico queda incluído en lo que ya he dicho sobre los peligros que traen cada una de las anomalías de las fuerzas expulsivas, haré observar que, en general, las dificultades que acarrea esta causa de distocia son menores que las que resultan de una desproporción entre el volumen del feto y la capacidad del canal pelvi-genital: que está en razón directa del grado y causa que ha originado la anomalía de las contracciones uterinas, con la pericia y aptitudes del tocólogo encargado de asistir á la parturiente con la oportunidad con que es solicitado

y héchose cargo de la paciente, y por último, con el período del parto en que la anomalía se declare.

En cuanto á la primera proposición, es tan clara, tan cierta y evidente, que no necesita demostración. En cuanto á la segunda, es innegable que un tocólogo familiarizado por extensa práctica con la asistencia del trabajo, y suficientemente conocedor de los fenómenos fisiológicos y mecánicos del parto, así como de la patología que suele complicarlo, es el solo capaz de salir avante, sabiendo ser oportuno.

En lo relativo á la tercera, me bastará recordar que la prolongación del período de dilatación, no acarrea graves peligros para la madre y su hijo, y que en tal virtud, no debe preocupar; mas esto no sucede con el período de expulsión del feto, que es rápidamente seguido del formidable cortejo sintomático, ya descrito, que caracteriza el trabajo prolongado, y exige un tratamiento activo á la vez que oportuno.

Habiendo ya conocido las anomalías de las fuerzas expulsivas y las diversas causas que las producen, pasaré al estudio de los medios de que se puede disponer para prevenirlas, ó al de la mejor manera de combatirlas.

Si la anomalía consiste en la exageración de las fuerzas expulsivas, se debe colocar á la mujer en posición horizontal desde el principio del trabajo, y procurar que la conserve hasta la terminación del parto, alejando de ella todo lo que pudiera prestarle un punto de apoyo. La mayoría de los parteros franceses y alemanes, son partidarios del decúbito dorsal. Los ingleses recomiendan el decúbito lateral izquierdo; Grenser quiere que se coloque á la paciente en posición sentada casi vertical, especialmente al fin del trabajo. En nuestro país, es generalmente el decúbito dorsal la posición en que se coloca á las mujeres; pero en el caso actual, yo he encontrado muy ventajoso sustituir en el período de expulsión, el decúbito dorsal por el decúbito lateral izquier-

do. Se debe aconsejar á la parturiente, que no haga esfuerzos durante el dolor, y que evite toda contracción de los músculos sometidos al imperio de la voluntad. Rigby recomienda aplicar un vendaje de cuerpo al rededor del vientre y creo muy aceptable el consejo, pero cerrándolo progresivamente á medida que el útero se vacía.

Algunos parteros, Weidmann entre ellos, quieren que se rompan las membranas; mas de conformidad con los preceptos de Jacquemier y de Grenser, creo que no tan sólo se debe rechazar en lo absoluto práctica tan absurda, sino aun tomar todas las precauciones para conservar la integridad de la fuente y evitar la salida del líquido amniótico.

Si se nota que el segmento inferior de la matriz es fuertemente empujado hacia abajo y tiende á salir por la ventana vulvar, se le debe sostener con cuidado y sin violencia, hasta que el orificio uterino, suficientemente dilatado, deje pasar libremente al feto. Basta para esto colocar la mano escrupulosamente aséptica sobre la vulva, pero interponiendo entre el segmento inferior y la región palmar, unas hojas de gasa yodoformada.

Para calmar la irritabilidad excesiva de las fibras musculares de la matriz, son muy recomendadas las preparaciones del opio, que se administran por la boca ó por la vía rectal; pero creo de acción más rapida y segura, las inyecciones hipodérmicas con solución acuosa de bromhidrato de morfina.

El tercer tiempo del trabajo debe ser objeto de escrupulosa y atenta vigilancia, porque el exceso de actividad de la matriz produce la inercia del órgano, y ésta, á su vez, una hemorragia que con inesperada rapidez toma proporciones alarmantes, si no se previene ó se combate con oportunidad. Una moderada presión sobre la región hipogástrica, la aplicación de compresas humedecidas con agua fría, y mejor aún, la aplicación de éter sulfúrico en la expresada región; la compresión sostenida de la aorta, las inyecciones vagi-

nales con agua bien hervida y á una temperatura de + 48 á + 50° centígrados que es su grado hemostático y la administración del cornezuelo de centeno recientemente pulverizado, ó bien de alguna de sus preparaciones farmacéuticas, son los principales recursos de que se puede disponer para prevenir la inercia uterina, ó para combatir la metrorragia fulminante, que es el principal peligro.

Los agentes oxitócicos, cuernecillo de centeno y zihuatlpatl, ó sus preparaciones, sólo deben administrarse *después de la salida de la totalidad de los anexos.* Y aunque la generalidad de los parteros franceses, ingleses, alemanes, italianos, belgas, españoles y americanos emplean el centeno, ya como hemostático, ya para vigorizar ó suplir á la acción contráctil de la matriz y activar la expulsión del feto, mi inolvidable maestro el distinguido profesor de clínica de obstetricia D. Juan María Rodríguez, proscribió el uso de ambos medicamentos oxitócicos, antes de la completa desocupación de la cavidad uterina, y tan sabio consejo es aceptado por los parteros mexicanos. Tiene por principal fundamento este racional precepto, el que la contracción que produce el principio activo de dichas sustancias, es permanente, tetánica, en nada parecida á las suscitadas por la contractilidad orgánica, á las cuales se trata de imitar. Si, pues, tomamos en consideración su acción fisiológica, sin dificultad se comprende que el uso de los referidos medicamentos, da un resultado enteramente opuesto al que se busca, administrándolos cuando todo ó parte del producto de la concepción se encuentra en la cavidad uterina. De aquí esta regla absoluta: no deben darse el cuernecillo de centeno ni sus similares, antes de la completa vacuidad de la matriz. (J. M. Rodríguez.)

Si la anomalía consiste en la debilidad, mala dirección, irregularidad é insuficiencia de las contracciones uterinas, se debe empezar por investigar si la lentitud del parto de-

pende realmente de la ineficacia de los dolores, y por determinar la causa que produce la anomalía. El solo conocimiento de las diversas causas que dan origen á la prolongación del trabajo, indica el tratamiento que se debe adoptar. Algunas de ellas, como el estado constitucional de la mujer, su edad y sus emociones, están naturalmente fuera de los medios de acción de que podemos disponer, y nos es por tal motivo imposible el modificarlas. Pero hay otras cuyo conocimiento nos guía á un examen escrupuloso y metódico para hacer desaparecer, por ejemplo, la plenitud del recto, causa frecuente de retardo del trabajo, que es violentamente disipada por la aplicación de un enema purgante, y el efecto de esta sencilla prescripción es seguido luego de un cambio en el carácter de las contracciones y de la terminación del parto. La acumulación de la orina hace necesario el caterismo vesical.

La distensión exagerada de la cavidad uterina por abundancia de líquido amniótico, se combate por la punción de las membranas; pero tan solo cuando el orificio uterino esté bien dilatado ó suficientemente dilatable, y que ningún obstáculo se oponga á la pronta terminación del parto. Debe, en tal virtud, ser precedida del diagnóstico de la conformación normal de la pelvis huesosa, de la resistencia fisiológica de los tejidos que forman la pelvis blanda y de la buena situación del feto. Siempre que he practicado la rotura de las membranas, he procurado graduar la salida del líquido amniótico, obligando á la parturiente á que conserve la posición horizontal, y haciendo que la cabeza del feto apoye sobre el segmento inferior de la matriz y desempeñe el papel de tapón, obturando el orificio uterino previamente dilatado, ó bien dilatable. Empujando la cabeza con uno ó dos dedos introducidos hasta ella por la vagina, se la puede alejar y hacer salir á voluntad, la cantidad de líquido que se juzgue necesaria.

Ya se ha dicho que las desviaciones del útero cambian la dirección de los esfuerzos expulsivos, y son, por tal motivo, causa del retardo del parto; pero es bien sencillo colocar la matriz en su situación normal para que desaparezca esta causa de retardo. Si se trata de una desviación lateral, el mejor medio es hacer parir á la mujer en decúbito lateral, opuesto al sentido de la desviación; y para corregir la anteversión, basta colocarla en decúbito supino y aplicarle un buen vendaje abdominal, que á la vez que impida al útero proyectarse hacia adelante, ejerza una compresión que excite las fibras musculares y aumente su acción.

No es muy raro, especialmente en el período de dilatación, ver disminuir la fuerza y frecuencia de los dolores de parto por exceso de fatiga; es útil en este caso hacer descansar á la mujer, procurándole algunas horas de sueño, sirviéndose para lograrlo, de las preparaciones de opio, una cucharada de jarabe de morfina, una pequeña lavativa con 20 gotas de láudano de Sydenham, ó una inyección subcutánea de medio centigramo de clorhidrato de morfina, etc. La mujer despierta alegre y animada, y las contracciones adquieren energía y frecuencia.

Mas si en este período, el de dilatación, las contracciones son irregulares, espasmódicas, parciales y no producen un efecto marcado en la marcha del trabajo, he visto siempre un efecto brillante con el uso del cloral, asociado al bromuro de potasio. Prescribo 75 centigramos de cloral y 50 de bromuro, disueltos en una cucharada de jarabe de azahar, que hago tomar á la paciente cada 20 minutos, y constantemente he logrado hacerlas dormir á la tercera ó cuarta dosis, y después de algunas horas de reposo, los dolores se regularizan.

Hay casos en los cuales los dolores son débiles, inútiles y el examen más minucioso no revela la verdadera causa, y sólo se consigue averiguar que las contracciones uterinas

son insuficientes. ¿Qué hacer? La generalidad de los parteros extranjeros aconsejan aumentar la fuerza, merced á los medicamentos oxitócicos y dan preferencia al cuernecillo de centeno. Ya llevo dicho que los mexicanos aceptamos de plano el anatema del Sr. Rodríguez, y veriamos como un delito de lesa tocología la administración de esta sustancia, que además de producir un efecto enteramente contrario al que se desea obtener, pone en inminente peligro la vida del niño, por perturbación prolongada de la circulación útero-placentaria, debida al tetanismo uterino. Citaré, en apoyo de esta convicción nacional (y si así la llamo es por la uniformidad con que es aceptada por los más notables parteros mexicanos, los Capetillo, los Manuel Gutiérrez, los Zárraga, etc.), la estadística del Dr. Hardy, quien en 30 casos de parto laboriosos en que administró el centeno, 20 niños nacieron muertos.

Yo creo que en ningún caso estará la madre exenta de serios peligros y tengo la convicción de que un gran número de las roturas del útero que anteriormente se observaban, deben ser atribuídas al uso inoportuno de arma tan peligrosa en poder del empirismo, ya felizmente extinguido en nuestro país.

En estos casos he empleado, con buen éxito, las grandes inyecciones vaginales de agua esterilizada y á +45 ó 48 grados; los tónicos, prefiriendo la infusión de canela con una tercera parte de vino de Oporto y 25 gotas de licor de Hoffman, una tasa de buen consomé, etc.

La electricidad es muy recomendada para despertar la contractilidad de las aletargadas fibras uterinas, y aunque no tengo experiencia alguna personal, juzgo muy racional la aplicación de corrientes continuas, pero más bien en el segundo período, es decir, en el de expulsión del feto.

El empleo de este agente físico, fué propuesto por Herder en 1803 y empleado, la primera vez, por Homunger y

Jacoby: después lo ha sido por Schreiber, Dorington, Barner y por Saint-Germain. Este último autor lo aplicó en la Maternidad de Cochin, el año de 1869.

Como carezco de experiencia en este método de tratamiento, me limito tan sólo á señalarlo.

La observación clínica ha demostrado que la quinina y sus sales hacen contraer el útero; hecho que puede explicarse por la excitación que este medicamento ejerce sobre las fibras lisas. El uso de la quinina como oxitócico merece, pues, más atención de la que hasta hoy se le ha prestado. El Dr. Playfair, que es partidario de ella, asegura haber obtenido buenos resultados de su empleo. El Dr. H. Smith sostiene que administrándola á la dosis de 75 centigramos, suele observarse á los pocos minutos un aumento notable en la fuerza y frecuencia de las contracciones uterinas, trasformando un parto lento y penoso, en otro fácil y rápido.

No tengo aún un número suficiente de observaciones para poder sacar de ellas deducciones prácticas; pero sí puedo asegurar haber visto activarse la acción contráctil de la matriz, después de haber hecho tomar dos ó tres dosis de 50 centigramos de bisulfato de quinina á mujeres en las que el trabajo lento y penoso, debido á la debilidad y retardo de los dolores, hacía temer una prolongación desesperante y peligrosa.

Bajo la influencia de este medicamento de acción oxitóxica incontestable, las contracciones se vigorizan y el trabajo avanza, solicita la contracción tónica permanente de las fibras musculares del útero después de la expulsión de la placenta, y evita las hemorragias *post-partum* que tan seriamente comprometen la vida, por la rapidez con que se presentan y la abundancia de la sangre.

H. Smith dice no haber observado un sólo caso de hemorragia consecutiva á la salida de la placenta, en 42 parturientes á quienes ha administrado quinina á la dosis de 75 centigramos. Los entuertos han sido menos intensos, y no

ha presenciado el quinismo como efecto de altas dosis de este medicamento.

Kristeller recomienda la compresión uterina como oxitócica, y tiene tal confianza en ella, que cree posible obtener la expulsi6n completa del niño por compresión convenientemente hecha, aun cuando no haya dolores.

¿Cuál es el verdadero valor del método de Kristeller? Si la pelvis es muy amplia, si el feto es pequeño, y si las partes blandas no presentan resistencia, es posible, sujetándose á la técnica que prescribe, lograr el desembarazamiento de la matriz; pero hay ciertas condiciones en que es inaplicable, y cuya presencia contraindica su empleo. Así, no debe practicarse si el útero es muy sensible á la presión, y menos aún, cuando existe la contracción tónica por extenuación, ó cuando algún obstáculo se opone á la rapidez del parto; sea la rapidez anormal de las partes blandas, sea la estenosis de la pelvis. Los casos en los cuales es realmente útil, son aquellos en que la cabeza doblada está encajada en la excavación, y el parto se retarda por falta de dolores expulsivos. La constitución débil, la flaxidez, adelgazamiento y ausencia de tejido adiposo de las paredes abdominales, y la poca resistencia del conducto pélvico, son otros tantos factores que aseguran el éxito.

Preciso es convenir en que la compresión por el método de Kristeller será aplicable, no para suplir la ausencia absoluta de contracciones uterinas, sino más bien para aumentarlas y prolongar sus efectos cuando son ligeras ó débiles. Así empleado, tiene indudablemente un gran valor, puesto que el médico puede perfectamente graduar la compresión uterina y sus efectos, y adecuarlas á las exigencias de cada caso particular. Tiene la inmensa ventaja de imitar exactamente los procedimientos naturales del parto; de no hacer correr ningún peligro al niño; de no perjudicar á la madre, y de ahorrarle sufrimientos, acelerando la terminación del trabajo.

En cuanto á la sangría, tan recomendada por los parteros extranjeros más caracterizados, Naegele, Grenser, Cazeaux, Charpentier, Tarnier, Pinard, Playfair, etc.; creo muy excepcional su indicación, dada la débil constitución de nuestras mexicanas, y sólo limitada á las mujeres pletóricas, en quienes las contracciones espasmódicas se acompañan de una inflamación de la matriz.

En los casos en que los medios descritos hayan sido inútiles, si la prolongación del trabajo del parto compromete la salud de la madre ó la vida del feto; si los dolores que poco á poco se han venido debilitando, llegan á hacerse ineficaces; si la parturiente se encuentra fatigada y si se teme el paso próximo la atonía á la verdadera parálisis del útero, no es humanitario permanecer inactivo ante peligro tan inminente, y se debe, sin vacilar, recurrir al único pero seguro y apropiado remedio: al parto artificial.

Si el feto se presenta por la pelvis, se hará la extracción manual, y si lo hace por el vértice, se recurrirá al forceps.

Siendo el vértice la región que generalmente se aboca al estrecho superior (95 veces por 100), y siendo un precepto que cuando no se encuentre en esta situación, se la lleve á él por adecuadas manipulaciones externas, sólo me ocuparé en señalar las indicaciones del forceps, en la inercia uterina que vengo estudiando.

Es un axioma de día en día mejor aceptado por los parteros más experimentados, que cuando se adquiere la convicción de que los esfuerzos naturales son inútiles é incapaces de terminar el parto sin que transcurra mucho tiempo, se debe intervenir sin esperar á que se desarrollen los síntomas graves que acompañan al trabajo prolongado. (Johnston.)

Esta aseveración es enteramente opuesta á la opinión de los autores antiguos, y que sostienen aun parteros de gran talla, Churchill, entre otros, quienes prohiben toda intervención instrumental, mientras exista alguna esperanza de

que el parto pueda terminarse normalmente, ó bien hasta la aparición de síntomas graves de extenuación.

Tan opuestas opiniones son prueba innegable de la imposibilidad de formular una regla absoluta que rija la aplicación del forceps en la inercia de la matriz. Cada caso requiere un minucioso examen de la acción de los dolores, del estado general de la mujer, del niño, valorizado por la constante auscultación de los latidos del corazón en el intervalo de las contracciones, para apreciar con toda exactitud y precisión la indicación de intervenir y la oportunidad de hacerlo.

Cuando considero los varios casos en que he sido solicitado para terminar un trabajo muy prolongado por cansancio ó ineficacia de los dolores expulsivos, inercia que se había presentado al empezar el período de expulsión, y en los cuales he observado el formidable cortejo de síntomas graves que se desarrollan por la prolongación del parto, lamento, ante el recuerdo del cuadro aterrador que he presenciado, el que se deje sufrir á un semejante, comprometiendo su salud y poniendo en inminente peligro la vida de un niño, teniendo en el parto artificial un medio seguro de poner término á sus padecimientos y de salvar la existencia del hijo. Y cuanto más reflexiono en los beneficios de una intervención oportuna y en los excelentes resultados de que va seguida, empleando una rigurosa antisepsia, más aumenta la profunda convicción que tengo de que tan luego como empiezan á ser estériles los esfuerzos naturales y después de haber ensayado sin éxito los medios más suaves y adecuados para estimular la acción contráctil de la matriz ó para relajar las partes que oponen resistencia á la expulsión del feto, se debe intervenir sin esperar á que aparezcan los síntomas graves que caracterizan al parto prolongado, con lo cual se consigue evitar á la madre sufrimientos inútiles y graves complicaciones, y salvar la existencia de su hijo. Juzgo una punible imprudencia dejar agotar inútilmente las

fuerzas vitales y desafiar los serios peligros consecutivos á una sostenida compresión de las partes blandas que revisten la pelvis, por la cabeza del feto encajada en ese anillo huesoso, y de cuya anormal presión resulta la inflamación gangrenosa de esos tejidos, la formación de fístulas vésico y recto vaginales de difícil curación, las desgarraduras del útero, la infección séptica, etc.

Es innegable que el forceps en manos de un tocólogo torpe, brusco, ignorante y no familiarizado con la práctica obstetrical, se convierte en arma de doble filo, susceptible de producir gravísimas lesiones y desórdenes incompatibles con la vida. Mi modesto y muy ilustrado compañero el Dr. Antonio Sosa y yo, hemos visto el día 1º de Diciembre de 1891 á la Sra. L. P. de M. que había sufrido una aplicación de forceps y á quien encontramos en plena agonía, pudiendo yo observar la vulva muy maltratada y herida la vagina, y el útero desgarrado; pero sin haber podido apreciar la extensión de tan formidable traumatismo, por la suma gravedad en que la hallamos, y de que sólo la sacó la muerte algunos minutos después de nuestra visita. Pero tanto este como los varios otros casos desgraciados referidos en la literatura ginecológica, ¿son argumentos contra su empleo? Ciertamente que no; y lo único que de ello se deduce, es que todo médico honrado y celoso de su crédito, que quiera desempeñar su noble y elevada misión, con satisfacción de su conciencia y seguridad para sus pacientes, debe aprender á manejar tan precioso instrumento, que sin duda alguna es el que más servicios ha prestado y sigue prestando á la humanidad, de cuantos forman el arsenal quirúrgico y logrará adquirir la destreza y habilidad que sólo da la práctica y el conocimiento profundo del mecanismo del parto.

México, Marzo 22 de 1895.

Dr. Alberto López Hermosa.

